TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur Jean BERGER
Chirurgien des Hôpitaux





TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr JEAN BERGER

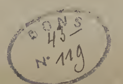
Chirurgien des Hôpitaux

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1920



TITRES MILITAIRES

I. — **Nombre de mois passés au front :**

(40 mois).

II. — **Affectations.**

Ambulance n° 2 du 5e corps le 2 août 1914 (bataille de Longuyon).

Place de Verdun le 24 août 1914.

Gouvernement militaire de Paris à la suite de convalescence, du 10 novembre 1914 au 23 décembre 1915.

Hôpital Buffon (Val-de-Grâce).

Service d'évacuation de la Chapelle.

Quartier général de la 4e Armée du 23 décembre 1915 au 17 mars 1917. (Pendant cette période, missions chirurgicales diverses et service chirurgical à l'hôpital Corbineau de Châlons-sur-Marne.)

Ambulance 13/18, du 17 mars 1917 au 5 janvier 1919.

Fonctions de médecin-chef de cette ambulance le 2 octobre 1918.

Fonctions de chirurgien consultant de la place de Strasbourg le 5 janvier 1919.

Rappelé au G. M. P. comme prosecteur le 20 janvier 1919.

Démobilisé le 1er avril 1919.

III. — **Grades.**

Médecin aide-major de 2e classe.

Médecin aide-major de 1re classe, le 1er avril 1915.

Médecin-major de 2e classe, le 16 août 1918.

IV. — Citation.

Une citation à l'Ordre du Service de Santé de la 4e Armée. Ordre nº 184.

« Le Général commandant la 4e Armée, cite à l'Ordre du Service de Santé de l'Armée :

M. Berger Jean, médecin-major de 2e classe.

« Très remarquable praticien. Après avoir pris part à la bataille de Charleroi avec une ambulance divisionnaire, a fait preuve d'un beau courage le 2 juin 1916, comme médecin du Quartier Général de la 4e Armée, en allant spontanément chercher dans les lignes un officier d'état-major blessé et en l'opérant sur place.

« Désigné ultérieurement comme chirurgien d'un important hôpital d'une ville du front fréquemment bombardée par avions et par canons, a assuré son service d'une manière parfaite et a sauvé l'existence à de nombreux blessés. »

Signé : Gouraud.
18 novembre 1918.

TITRES ET FONCTIONS

Externe des hôpitaux en 1903.
Interne des hôpitaux en 1907.
Titulaire de la médaille d'or de l'Internat (chirurgie) en 1911.
Aide d'anatomie à la Faculté en 1908.
Prosecteur à la Faculté en 1911.
Docteur en médecine, juin 1912.
Chirurgien des Hôpitaux, 1919.

ENSEIGNEMENT

Leçons et conférences d'anatomie, de médecine opératoire classique et de médecine opératoire spéciale à la Faculté de Médecine, en qualité de prosecteur de cette faculté.

Enseignement aux élèves dans le service du professeur Gosset, à la Salpêtrière, et à l'ambulance 13/18, à Châlons-sur-Marne.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — CHIRURGIE DES MEMBRES

1. — **La maladie de Volkmann.**
2. — **Fracture rare du calcanéum par arrachement.**
3. — **Variété rare de pouce surnuméraire.**
4. — **Destruction presque totale de la fesse pour gangrène gazeuse.**
5. — **Présentation de blessés.**

II. — CHIRURGIE ABDOMINALE

6. — **De l'Intervention d'urgence dans l'appendicite aiguë.**
7. — **Ulcère cancérisé de la petite courbure de l'estomac.**
8. — **Microcôlon congénital.**
9. — **Hernie de l'ovaire. Torsion du pédicule.**
10. — **Hernie épigastrique contenant une anse grêle étranglée.**

III. — DIVERS

11. — **Affaissement vertébral traumatique.**
12. — **Complications pulmonaires post-opératoires.**
13. — **Épanchements sanguins intra-craniens.**
14. — **Traitement chirurgical de la névralgie faciale.**
15. — **Ostéosynthèse.**
16. — **Collaboration au Journal de Chirurgie.**

RÉSUMÉ DES TRAVAUX SCIENTIFIQUES

1. — La maladie de Volkmann : myosite rétractile des muscles fléchisseurs des doigts et pronateurs. *Thèse de Paris,* 1912.

Ce travail, fait dans le service de notre maître, M. le Dr Jalaguier, et d'après un très beau cas de notre maître, M. le Dr Veau, est basé, au point de vue pathogénique, sur l'étude attentive de 123 observations existant à cette époque, et au point de vue thérapeutique, sur la série d'interventions pratiquées par M. Veau aux Enfants-Assistés, à l'occasion d'un cas typique de maladie de Volkmann.

Nous avons cherché à montrer que le terme de contracture ischémique, qui lui est donné par les classiques, est doublement inexact, que la maladie est vraisemblablement consécutive à une infiltration sanguine dans l'épaisseur des muscles, et qu'il faut traiter cette affection par la résection diaphysaire des deux os de l'avant-bras, en ajoutant à l'acte opératoire un temps relatif aux muscles pronateurs.

La maladie de Volkmann est le plus souvent une maladie de l'enfance. Les cas signalés chez les adultes sont au nombre de quatre.

On peut penser, avec Mouchet et Gy, qu'il existe une maladie de Volkmann congénitale, en admettant qu'en vertu d'une dispositson héréditaire l'affection soit localisée par traumatisme.

La cause, dans la plupart des cas, est l'application d'un appareil de fracture trop serré. Il s'agit, en général, d'un appareil plâtré circulaire.

Il semble que le plus souvent l'appareil soit resté en place pendant une durée variant de un à trois jours. Quant au temps qui s'écoule entre l'application de l'appareil et le début de l'attitude vicieuse, il est, en général, assez long, variant de un à six mois et même neuf mois, bien qu'il existe des cas où la contracture a fait son apparition au bout de quelques jours.

A côté de cette cause primordiale, il existe des contusions et fractures simples ayant déterminé le syndrome de Volkmann.

L'application d'une bande d'Esmarch a produit également la rétraction musculaire, soit qu'elle ait agi en anémiant le membre, soit par le retour brusque du sang dans un membre anémié, lors de l'ablation de la bande.

Il existe enfin des cas dans lesquels il s'agissait d'une déchirure musculaire.

Telles sont les seules causes, à notre avis, de la maladie de Volkmann. Les rétractions consécutives aux phlegmons, aux brûlures larges, aux infections profondes n'entrent pas dans le cadre étroit de la maladie qui nous occupe. Celle-ci est caractérisée par une rétraction des muscles fléchisseurs des doigts et pronateurs. Il y a, entre la maladie de Volkmann et les rétractions massives dues à des affections inflammatoires et cicatricielles, une différence comparable à celle qui sépare le torticolis vrai du torticolis cicatriciel.

L'anatomie pathologique montre que certains muscles de l'avant-bras sont atteints primitivement et toujours. Ce sont les fléchisseurs profonds et les pronateurs. Les autres muscles et les autres organes peuvent être atteints secondairement et être confondus dans une même masse fibreuse, dans

laquelle la dissection peut les isoler néanmoins, mais la lésion typique et essentielle siège toujours sur le muscle. Le muscle le plus frappé est le muscle fléchisseur profond.

Il est raccourci, durci, parfois même d'apparence ligneuse ; il peut être devenu fragile et cassant. Sa section le montre presque avasculaire. C'est cet aspect qui a fait donner à la maladie de Volkmann le nom erroné de contracture ischémique.

Microscopiquement, on trouve des fibres musculaires ayant perdu leurs striatures transversales, séparées par des leucocytes nombreux qui infiltrent et étouffent l'élément noble ; les noyaux peuvent avoir complètement disparu. La fibre a un aspect translucide et présente des lésions de transformation séreuse de Ranvier, de transformation vitreuse de Cornil.

Quant aux lésions nerveuses et vasculaires, qui sont toujours secondaires, elle sont inconsistantes ; ce sont des lésions de sclérose plus ou moins marquée.

On a enfin signalé des lésions osseuses, soit inflexion, soit ramollissement.

La pathogénie de la maladie de Volkmann peut être interprétée de différentes manières. Une première hypothèse, suivant laquelle il s'agirait d'une affection inflammatoire à point de départ cutané, doit être rejetée complètement, car on ne conçoit pas comment elle se localiserait exclusivement à un groupe musculaire donné.

L'origine nerveuse de l'affection est admise par beaucoup d'auteurs. Bien que les lésions nerveuses soient souvent indiscutables, elles sont, à notre avis, toujours secondaires, et les libérations nerveuses qu'on a pratiquées pour remédier à une complication de la sclérose envahissante, n'avaient pour but réel que de traiter cette seule complication. D'ailleurs, cette libération n'a jamais guéri la maladie de Volkmann.

La nature ischémique de la maladie paraît une hypothèse de base plus solide ; mais nous pensons que ce n'est pas l'arrêt du sang lui-même qui provoque la rétraction fibreuse ; celle-ci est, à notre avis, consécutive à une infiltration sanguine se faisant dans l'épaisseur du muscle ; cette infiltration est produite, soit par une petite rupture musculaire, soit par une stase sanguine, soit par le retour brusque du sang dans un membre momentanément ischémié. Cette hypothèse, que nous basons sur l'examen d'un grand nombre d'observations, a l'avantage d'expliquer tous les cas, aussi bien ceux résultant d'un appareil trop serré que ceux qui furent consécutifs à l'application d'une bande d'Esmarch ou à une contusion musculaire, ou à une fracture simple. L'ischémie ne serait, en réalité, que le stade initial préparant le muscle à l'infiltration sanguine.

La symptomatologie. — La maladie de Volkmann débute de trois manières différentes : ou bien elle apparaît presqu'aussitôt l'appareil constricteur placé ; ou bien, à la suite d'une application d'appareil un peu trop serré et laissé en place, ou bien très tardivement, bien que le plâtre n'ait pas donné grand trouble ni grandes douleurs.

C'est par des douleurs, par de l'œdème et de la cyanose de la main et de l'avant-bras que commence l'affection. A ce moment, il n'y a pas encore de rétraction musculaire ni d'attitude vicieuse. Un peu plus tard se produit la rétraction des doigts. A ce moment, l'attitude vicieuse est la suivante : les doigts sont rétractés en griffe, la première phalange en extension, les deux dernières en flexion. Il s'agit bien d'une rétraction, et non d'une contracture, car le rapprochement des points d'insertion des fléchisseurs permet de ramener les doigts dans leur attitude normale. Le pouce peut être atteint, mais ce n'est pas constant. Le poignet est fléchi. Aucune de ces attitudes n'est corrigible autrement qu'en fléchissant à

fond le poignet. C'est le symptôme le plus important de la maladie.

Les muscles antérieurs de l'avant-bras forment une corde rigide, inextensible. Il y a presque toujours une rétraction des muscles pronateurs.

L'évolution est essentiellement chronique. Peu à peu les organes voisins peuvent être pris, et l'on assiste alors à l'apparition de troubles nerveux et vasculaires qui compliquent la maladie.

Les troubles de la sensibilité, de la motilité et les troubles électriques peuvent apparaître, ainsi que des complications trophiques importantes et des complications vasculaire et même osseuses.

Le diagnostic est à faire avec les rétractions dues à des adhérences tendineuses, les contractures des hémiplégiques et des paralytiques, la maladie de Dupuytren, la fixation des fléchisseurs.

Ce qu'il importe de savoir, c'est le siège musculaire exact de l'affection ainsi que l'état des nerfs et des vaisseaux voisins.

Le traitement a été très discuté. Nous écartons absolument le redressement brusque des doigts. Quant au redressement progressif, suivant la méthode de Martin, il donne de bien rares résultats, et il faut presque toujours intervenir.

Les ténoplasties apparaissent complexes, longues, laborieuses et incertaines, et nous semblent à rejeter dans la plupart des cas, excepté lorsqu'il s'agit d'une rétraction localisée à un chef ou deux du muscle.

Le vrai traitement nous paraît être la résection diaphysaire des deux os de l'avant-bras ; celle-ci a l'avantage d'être facile, rapide, et de ne pas nécessiter ces mensurations extraordinaires auxquelles il faut se livrer lors des ténoplasties multiples.

La résection doit porter sur le radius et sur le cubitus à des niveaux différents, afin d'éviter les synostoses, complication qui s'est produite dans le cas de notre maître M. Veau, lors d'une première intervention.

Le radius sera donc réséqué haut et le cubitus bas, pour des raisons anatomiques faciles à comprendre.

La résection devra porter, sur les deux os, sur une longueur identique. Quant à la dimension du fragment à enlever, elle variera suivant les cas.

La résection faite, il faudra suturer les extrémités osseuses.

Il faut, en outre, dans la plupart des cas, désinsérer les attaches radiales du rond pronateur et enlever en totalité le carré pronateur.

La technique opératoire peut se résumer de la manière suivante :

1er *Temps.* — Désinsertion des attaches radiales des pronateurs, résection radiale. On sépare du radius les tendons fléchisseurs, qu'on écarte. Après avoir fait une incision externe, on sectionne l'insertion externe du carré pronateur qu'on sépare du ligament inter-osseux. On désinsère le rond pronateur au niveau du radius. Un peu au-dessus de ce point, on perfore le radius en deux endroits, entre lesquels va porter la résection, que l'on fera à la scie de Gigli. Cette résection porte, en général, sur 1 cent. 1/2 à 2 centimètres. On conserve avec soin le périoste.

2e *Temps.* — Désinsertion cubitale du carré pronateur et résection du cubitus. Une incision interne sera faite, plus bas que la précédente, et l'on opérera comme pour le côté opposé.

3e *Temps.* — Raccourcissement de l'avant-bras. Ce temps comporte la suture osseuse double.

4e *Temps.* — Mise en place de l'appareil plâtré, qu'on laissera environ un mois.

S'il existait des complications nerveuses, on profitera de l'intervention pour libérer les nerfs englobés.

En aucun cas il ne faudra faire précéder l'acte opératoire de l'application d'une bande d'Esmarch.

2. — **Fracture rare du calcanéum par arrachement.** (*Société anatomique de Paris,* novembre 1919.)

Il s'agit d'une fracture de la tubérosité postérieure, survenue à la suite d'un traumatisme violent chez un blessé de guerre, et ayant détaché cette tubérosité que le tendon d'Achille avait entraînée au-dessus du calcanéum.

Le traitement que nous avons pratiqué est l'enclouement du fragment abaissé, dans l'os.

3. — **Une Variété rare de pouce surnuméraire,** en collaboration avec M. le Professeur Gosset (*Société anatomique de Paris,* novembre 1919.)

Il s'agit d'une polydactilie radiale rare, car c'était le premier métacarpien qui était dédoublé, portant à l'extrémité de chacune de ses divisions un pouce complet.

4. — **Destruction presque totale de la fesse pour gangrène gazeuse. Cicatrisation rapide.** (*Société anatomique,* décembre 1919.)

Cette observation nous a semblé intéressante à un double point de vue ; elle montre combien il importe de revoir les blessés atteints de gangrène gazeuse deux fois par jour, en n'hésitant pas à réintervenir souvent pour enlever les nouvelles parties sphacélées. Elle montre aussi combien une énorme perte de substance, ayant détruit toute la fesse, peut

cicatriser rapidement lorsqu'on a soin de laisser une languette cutanée en pont au milieu de la plaie.

La cicatrisation s'est produite, dans notre cas, en soixante-treize jours, malgré une perte de substance énorme.

5. — **Présentation de blessés**, en collaboration avec M. le Professeur Gosset (*Bullet. de la réunion médico-chirurgicale de la* 6e *région*, novembre 1917.)

En présentant divers types de plaies du genou soignées à l'ambulance 13/18, nous résumions la technique suivie par nous pour traiter ce genre de blessure, dans une formation recevant depuis plusieurs mois toutes les lésions articulaires de la 4e année. Nous montrions les bons et rapides résultats fonctionnels obtenus par une intervention précoce, complète et réparatrice, aussi bien dans les cas compliqués de lésions osseuses que dans les plaies sans fracture.

6. — **De l'intervention d'urgence dans l'appendicite aiguë**, en collaboration avec M. le Professeur Gosset (*Presse Médicale*, 10 décembre 1919.)

Il existe dans certains cas d'appendicite aiguë des symptômes qui commandent l'intervention immédiate.

En présence d'une appendicite, lorsque le malade est traité comme il convient, les douleurs doivent diminuer, la contracture doit céder, la température tendre à la normale, le pouls se ralentir, les vomissements cesser.

La douleur, lorsqu'elle est intense, est à nos yeux une indication opératoire absolue. Lorsqu'un malade atteint d'appendicite *recommence* à souffrir, il faut intervenir immédiatement. La douleur n'est pas forcément iliaque droite ; il faut

savoir la chercher dans la région lombaire, ou par le toucher rectal, ou à l'ombilic, dans les cas d'appendicite rétro-cœcale, pelvienne, ou infantile.

La contracture abdominale généralisée ou même localisée, lorsqu'elle est intense, commande l'intervention ; elle peut, d'ailleurs, être intermittente et échapper à un examen hâtif.

L'accélération du pouls est également une indication opératoire. Elle s'accompagne parfois de tendances syncopales et de refroidissement et va souvent, lorsqu'elle existe en dehors d'autres symptômes, avec les formes toxiques endo-appendiculaires.

La température, très élevée dès le début, doit conduire à l'appendicectomie hâtive. De même, une chute de température brusque doit pousser à l'intervention.

Les vomissements réapparaissant après une période d'accalmie indiquent le plus souvent une forme grave. Il en est de même, bien entendu, des vomissements noirs.

L'altération du facies, l'ictère, la diarrhée constituent également des indications opératoires.

Il ne faut pas, bien entendu, opérer systématiquement une appendicite qui, vue en période d'amélioration, semble vouloir s'arranger ; dans ce cas, évidemment, il faut attendre le refroidissement de la crise pour opérer ; mais lorsqu'un des symptômes sus-énoncés se montre ou réapparaît, il faut sans tarder enlever l'appendice.

Dans ce travail, nous concluons en disant qu'il nous paraît logique d'opérer systématiquement toute appendicite reconnue, dès les premières heures de son apparition, car si l'on peut parfois dire qu'une crise est grave, on ne peut jamais affirmer quelle sera bénigne, même lorsqu'elle semble évoluer de la façon la plus simple du monde.

Au point de vue technique, nous insistons sur les points suivants : l'anesthésie devra être soit l'éther, soit l'anesthésie

locale, en raison des lésions hépatiques si fréquentes dans les appendicites aiguës.

Le malade ne devra jamais être incliné avant qu'on se soit assuré que le péritoine est vide.

La protection du péritoine doit être effectuée avec le plus grand soin.

L'appendicectomie doit être faite systématiquement.

La recherche de l'abcès, dans les cas suppurés, devra être complétée par celle de la collection pelvienne, si fréquente.

En résumé, si l'on opère d'office dans les premières heures de la crise toute appendicite aiguë dont le diagnostic soit évident, on évitera toutes les complications qui peuvent se produire au cours de son évolution. Le drainage sera presque toujours inutile, et le malade guérira, dans l'immense majorité des cas, avec la plus grande simplicité.

Lorsqu'on se trouvera en présence d'une appendicite en évolution et en voie d'amélioration, il faudra attendre, quitte à intervenir aux premiers symptômes alarmants.

7.— **Ulcère cancérisé de la petite courbure de l'estomac**, en collaboration avec M. Géry. (*Société anatomique de Paris*, novembre 1919.)

Dans cette communication basée sur une observation anatomo-pathologique et opératoire très complète, nous insistons sur le fait que, très souvent, rien ne permet de reconnaître cliniquement le début d'évolution cancéreuse d'un ulcère. Il faut pratiquer, lorsque, au cours de l'intervention on trouve une tuméfaction notable, l'ablation de la tumeur, ainsi que nous l'avons fait dans notre observation.

8. — **Un cas de microcôlon congénital**, en collaboration avec MM. Lardennois, J. Lamy. (*Bulletin de la Société anatomique*, 1911.)

Il s'agissait d'une observation très complète concernant un malade du service de M. Jalaguier, et qui avait été opéré d'urgence à l'âge de 2 jours pour des signes d'imperforation intestinale, alors que le toucher rectal était possible. Tout le gros intestin était réduit à des proportions infimes ; c'était un véritable intestin en miniature.

Le traitement d'une semblable affection est, d'une part, un traitement d'urgence, qui est l'anus artificiel fait sur le grêle ; secondairement, dans les cas favorables, l'iléo-sigmoïdostomie.

9. — **Hernie de l'ovaire. Torsion du pédicule**, en collaboration avec M. le Dr Victor Veau. (*Archives de Médecine des enfants*, 1911.)

L'intérêt de la question réside surtout dans ce fait que le diagnostic des hernies de l'ovaire avec torsion du pédicule peut être soupçonné par le toucher rectal qui, chez l'enfant, permet de savoir si l'intestin s'engage dans l'orifice inguinal profond — et par la discordance qui existe entre des signes généraux, fonctionnels peu marqués, et des signes locaux rappelant tout à fait ceux d'une hernie étranglée. La torsion doit nécessiter toujours l'ablation de l'ovaire prolabé.

10. — **Hernie épigastrique contenant une anse grêle étranglée**, en collaboration avec M. le Dr Dujarier. (*Presse Médicale*, 30 avril 1910.)

Cet article tire son intérêt de ce fait que les hernies épigastriques étranglées sont si rares que leur existence a même été mise en doute. Nous en avons retrouvé, en dehors de

notre cas personnel, deux autres seulement qui fussent indiscutables. Il s'agit néanmoins d'une affection à laquelle on doit penser, afin de lui appliquer rapidement le traitement opératoire nécessaire.

11. — **Affaissement vertébral traumatique**, en collaboration avec M. le D[r] Georges Loewy. (*Société anatomique*, déc. 1919.)

Il s'agit d'un affaissement traumatique du corps vertébral de la première lombaire par flexion forcée, sans aucun signe de mal de Pott. La vertèbre était déformée en coin, à base postérieure, sans aucun autre symptôme de fracture vertébrale que la déformation et les douleurs consécutives.

12. — **Complications pulmonaires post-opératoires.** *Pratique médico-chir.*, 1912.

Les complications pulmonaires sont dues très souvent à de petits infarctus septiques partis d'une veine, beaucoup moins fréquemment à l'anesthésie elle-même. Celle-ci semble provoquer des bronchites ou congestions diffuses plus que des accidents en foyer, qu'il faut mettre sur le compte, le plus souvent, d'une embolie septique.

13. — **Epanchements sanguins intra-craniens d'origine traumatique.** P. M. C., 1912. (*Revue générale.*)

14. — **Traitement chirurgical de la névralgie faciale.** P. M. C., 1912. (*Revue générale.*)

15. — **L'Ostéosynthèse.** P. M. C., 1912. *Revue générale des procédés opératoires et en particulier de ceux de Lambotte.*

16. — **Collaboration au Journal de chirurgie.** (*Analyses de travaux français et étrangers.*)

MAYENNE, IMPRIMERIE CHARLES COLIN